



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	Julio César Alves da Silva		
NACIONALIDADE	Brasileiro	TELEFONE	
RG	203015043709	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
CPF	021.280133-30	PROFISSÃO	ENTREGADOR
ENDEREÇO	Rua 16 - Cidade Jardim, nº 303, qd. 7, lt. 5, bloco 03		
BAIRRO	José Walter	CEP	60.748-445
MUNICIPIO / UF	Fortaleza/CE		

OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE CEP 60.055-10.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEC participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 25 de Novembro de 2020


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Julio Cesar Alves da Silva, brasileiro(a),
solteiro, entregador, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 2003015043709, e inscrito (a) no CPF sob o nº
021.280.133-30, residente e domiciliado (a) na Rua
16 - Cid. Jardim, qd. 7, lt. 5, bloco 03, nº 303, no bairro
José Walter, na cidade Fortaleza, CEP 60.748-445,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
 com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 25 de Novembro de 20 20

Julio Cesar Alves da Silva
 Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Julio César Alves da Silva, brasil
 eiro(a), solteiro, entregador, portador(a) da cédula de Identidade Nº
2003015043709 e CPF Nº 021.280.133-30, DECLARO
 que resido no seguinte endereço: Rua 16- Cid. Jardim, qd. 7, lt. 5, bloco 03, nº
303, no bairro José Walter, na cidade de Fortaleza, CEP
60.748-445, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a
 propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG,
 sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 25, de Novembro, de 2020

Julio Cesar Alves da Silva
 DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, Julio César Alves da Silva, portador (a) do RG nº 2003015043709, e CPF 021.280.133-30, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 05/08/2019, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 25 de Novembro de 20 20

Julio Cesar Alves da Silva
Declarante

TESTEMUNHA

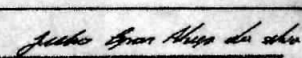
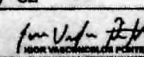
CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

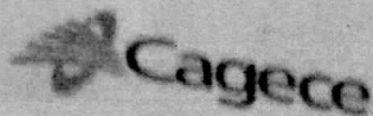
CAROLINA FREITAS MOREIRA
OAB/CE 23.787
Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar
Edifício Palácio Progresso, Centro
Fortaleza/CE, CEP 60.055-10

Carolina Freitas Moreira
OAB/CE 23.787
Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar
Edifício Palácio Progresso, Centro
Fortaleza/CE, CEP 60.055-10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOVE JULIO CESAR ALVES DA SILVA	
	DOCUMENTO / CDS. EMISSOR W 2003015043709 SSP CE
	CPF 021.280.133-30
	DATA NASCIMENTO 03/04/1984
	FILIAÇÃO MANOEL FERREIRA DA SILVA MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA
INSCRIÇÃO 06717542426	VALIDADE 07/06/2021
1ª HABILITAÇÃO 06/10/2016	ACC CATIAH A
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 25/10/2017
ASSINATURA DO DIRETOR 	36722974403 CE161925391
CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1548213509

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548213509



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Estado

013626

DADOS DO CLIENTE

JULIO CESAR ALVES DA SILVA
RUA 16 CID JO. QD 07 LT 05 BL 03 RR 303, PREFEITO JOSE WILTE
FORTALEZA - CEP: 80748-445

Codificacao: 001.059.0108.3107.0011.00.00
Padrao do Imovel: BASICO

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen
ÁGUA	A155163998	183	189	

DATAS

Leitura atual: 02/11/2020 Emissão: 02/11/2020
Leitura anterior: 01/10/2020 Proxima leitura: 02/12/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2020

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais
Exigidas	510	510	121	510
Analisadas	609	609	603	609
Em conformidade	609	604	591	595

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
ESGOTO
MULTA DE 2%
Juros de 0,033% ao dia

Valor (R\$)

0,28
5,52
0,13
0,11

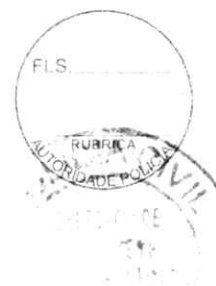
HISTÓRICO

Mês/Ano

09/19
09/19
10/19
11/19
12/19
01/20
02/20
03/20
04/20
05/20
06/20
07/20
08/20
09/20



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019615014



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2967 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/09/2019 16:06:09**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2019 16:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV VIRGÍLIO TAVORA C/ AV. PONTES VIEIRA , MEIRELES - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JULIO CESAR ALVES DA SILVA**
 Nascimento: **03/04/1984** CPF: **021.280.133-30**
 CTPS: **5603335** Orgão Emissor: **CTPS** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA**
MANOEL FERREIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA MOURA MATOS, 1302 986799547 - DRAYCE**
 Bairro: **PASSARE**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98537-8687**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORX1246** Uf: **CE** Município: **AQUIRAZ** Chassi:
9C2KC1680ER009038 Renavam: **598662146** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSIELIO MONTEIRO DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA ORX-1246 NA AV. VIRGÍLIO TAVORA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU NA REFERIDA MOTO JOGANDO A VITIMA CONTRA UM ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS, FICANDO A VITIMA LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE JULIO CESAR ALVES DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
DADOS		Nº DO REGISTRO 5156710	
Nº DO REGISTRO 363224		Nº DO REGISTRO 363224	
NOME DO RESPONSÁVEL NI		NOME DO RESPONSÁVEL MARIA DE FATIMA ALVES SILVA	
CIDADE FORTALEZA		RUA RUA MOURA MATOS 1302 PASSARE	
CEP 60.201-390		CONTATO (06) 96837-8537	

LOCAL DA OCORRÊNCIA: PARQUE DEBORA DO AGUIAR		SEGURANÇA	
LUGAR: VITIMA DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS POR VOLTA DA 16 HORAS, APRESENTA LESÃO EM PÉ DIREITO, NEGA COMORBIDADES		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS: NI		MOTIVO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
PRSO: NI		ESCALA DE DOR: 09 (ADULTO)	
TEMPERATURA: NI °C		SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI		EAT 02: NI %	
ALERGIAS: NEGA		PULSO: NI	
CLASSIFICAÇÃO: L		OLIGEMIA: NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: MARCILENE SILVA DA CUNHA		DATA E HORA 1ª CLASSIFICAÇÃO: 06/08/2019 18:34:42	
ATENDIMENTO: 02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA ATENDIMENTO	

ATENDIMENTO MÉDICO

TRAUMA NA PE DO ACIDENTE DO TRABALHO

03/09/2000

000: PROCEDIMENTO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SALDO

DECISÃO MÉDICA (☐ A PEDIDO) (☐ EVASÃO) (☐ TRANSFERÊNCIA) (☒ INTERNAÇÃO) ÓBITO: (☐ ATÉ 48 HORAS) (☐ APÓS 48 HORAS)
ESTADO DO CORPO: (☐ FAMÍLIA) (☐ IML) (☐ ANAT. PATOL.)
 E HORA DO ATENDIMENTO: _____
 Assinado por Marcellene Silva Da Cunha em 05/06/2019 19:34:42
 Não serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.
 CREMEC-10199

Assinado por Marcilene Silva Da Cunha em 05/05/2019 19:34:42

...e Traumatologia
CREMEC: 10.699

ਸਿੱਖ ਲਿਖਤਾਂ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ

28 08 19
bubmar

 SUS	Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	---------------------	------------------------	--

Identificação do Estabelecimento de saúde			
1 - Nº do estabelecimento solicitante	2 - CNES	3 - Nº do estabelecimento executante	4 - CNES
4001. Dist. <i>Colatina</i> <i>Barim de Oliveira</i>		25161617	

Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <i>João Carlos Alves da Silva</i>		6 - Nº PRONTUÁRIO <i>54567/8</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>719 761291212184101511912</i>		8 - DATA DO NASCIMENTO <i>01/04/84</i>	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Clara de Fátima Alves da Silva</i>		9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Aurora de Luz, 1302, Povoado</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>915 91 25 31 78 61 81</i>	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Colatina</i>		14 - COD. IBGE MUNIC. <i>230610</i>	
13 - UF <i>GO</i>		15 - CEP <i>74350</i>	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
<i>Trauma no 5º metacarpo e tendão do 5º metacarpo. Dor, inchaço no 5º metacarpo.</i>	
18 - FATOR QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tr. crânio</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Amplase + ex. físico + Rx</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Trauma do 5º metacarpo D (expon.)</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>(S80.1A)</i>
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tr. crânio de lesão externa do pé do 5º metacarpo</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04 13 04 01 17 13</i>	
26 - C. INICA <i>Tramplon</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Dr. Max Wendell B. Lopes</i>	28 - DOCUMENTO CNES ☒ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>81800162170512151813</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Ortopedia e Traumatologia</i>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>05/08/15</i>	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Dr. Max Wendell B. Lopes</i>
PREVENÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ☐	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO ☐	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - CNPJ DA EMPRESA			38 - Nº BILHETE <i>CREMEC: 10107</i>
39 - CNPJ DA EMPRESA			40 - CNAE EMPRESA
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EXTERNO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			42 - CBDR
43 - Nº DO DOCUMENTO DA PREVIDÊNCIA			

AUTORIZAÇÃO	
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO 47 - DATA DO DOCUMENTO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005



REGISTRO DE PRESENCIA	MATRICULA DO DOENTE
-----------------------	---------------------

PACIENTE: <u>WILSON LUIZ ALVES DA SILVA</u>			
DATA OPERAÇÃO: <u>05 / 08 / 15</u>	ENFERMARIA	LEITO	
Dr. <u>MAX LOPEZ</u>	1ª AUXILIAR		
2ª AUXILIAR	3ª AUXILIAR	INSTRUMENTADOR: <u>ANA LUIZ SILVA</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. FELIPE</u>	TIPO DE ANESTESIA: <u>RAQUIDIANAL</u>		
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: <u>FRATURA EXPOSTA DO 2º METACARPO II</u>			
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>TP. ELIMINACAO DE FRATURA EXPOSTA DO 2º METACARPO (04.13.04.097-8)</u>			
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATORIO: <u>O MALHO</u>			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: <u>φ</u>			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO: <u>φ</u>			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: <u>φ</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

1. PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA SOB ANESTESIA
2. ANESTESIA E ANESTESIA
3. POSICIONAMENTO ALINHADO
4. ORIENTACAO DO LADO EXTERNO DO MEMBRO E 2º E 1º LIGAM. INTERMETACARP. E EXPOSICAO DE FRATURA DO 2º METACARPO DO DITO MEMBRO PROXIMAL DO 5º METACARPO
5. REALIZADO DRENAGEM DE INICIAL POSITIVIZADA
6. LAVAGEM COM SORO SALINO ABUNDANTE
7. NAPOLEONAO DAS FIBRAS DO LIGAM.
8. CLOSURE

28 08 15
Dulcineia

Grat. HIDEBO-SAME- Desc. Oper-003

Dr. Max Wandell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 10107



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA			
PACIENTE	Julio Cesar Oliveira Silva		
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
5156719	Trauma		57
INÍCIO DO TRATAMENTO	DATA DA ALTA	DATA DO RETORNO	MÉDICO PARA RETORNO
05/08/2019	07/08/19	16/08/19	Dr. Max

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Operado pelo Dr. Max

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	Sinf. exp. de fd
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	
fd	

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cérebro

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

ANH + FIB

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA: 07 / 08 / 19	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO <i>Dr. Paulo de Jesus C. Santos</i> Ortopedia / Traumatologia CRM: 1385
---------------------------	--

Gratificação DEBO-SAME-Relatório de Alta-002

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190627717

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Recebedor: **JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.025,00**

Banco: **033**

Agência: **000004172**

Conta: **000001046670-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

